

Stowarzyszenie Chorych na Klasterowe Bóle Głowy

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisana/podpisany:

proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Stowarzyszenia Chorych na Klasterowe Bóle Głowy**.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia, cele i zadania Stowarzyszenia określone w jego Statucie. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, do aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał władz, a także do terminowego opłacania składek członkowskich.

Miejscowość:, dnia:

Własnoręczny, czytelny podpis:

Moje dane osobowe:

Imiona i nazwisko:

Imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Adres zamieszkania:

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:, NIP:

Numer telefonu:, Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów Stowarzyszenia Chorych na Klasterowe Bóle Głowy zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 2002r nr 101 poz. 926 z późn.zm./

Miejscowość:, dnia:

Własnoręczny, czytelny podpis:

Deklaracje należy przysłać na adres:

Waldemar Ozimek
ul. Traktorowa 7
91-116 Łódź